

CAPACITACION DE CUIDADORES ALTERNATIVO/SUSTITUTO

RESIDENTE

El adulto venerable que vive con el proveedor regular de CFH y necesita asistencia y/o supervisión personal.

Nombre Completo Legal:

PROVEEDOR REGULAR DE CFH

El proveedor de CFH con quien vive el residente y que regularmente brinda atención al residente.

Nombre Completo Legal:	Numero de Certificado.:	
Numero de Teléfono: ()	Correo Electrónico:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

ALTERNATIVO/SUSTITUTO CUIDADORES

Un cuidador alternativo es un proveedor de CFH con quien el residente se quedará por un período corto. Un cuidador sustituto es una persona (que esta actual en primeros auxilios y RCP para adultos, ha completado un curso de medicamentos aprobado por el Departamento y el Departamento de Salud y Bienestar tomaron huellas dactilares) que brinda atención en el hogar del proveedor de CFH regular mientras el proveedor no está disponible.

Nombre Completo Legal:	<input type="checkbox"/> Cuidado Alternativo o <input type="checkbox"/> Cuidado Sustituto	
Numero de Teléfono: ()	Correo Electrónico:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

INFORMACIÓN DEL RESIDENTE Y HISTORIA SOCIAL

La revisión por parte del proveedor de CFH con el cuidador alternativo / sustituto de la información y el historial social del residente.

<p>El proveedor regular de CFH ha revisado la información y el historial social del residente con el cuidador alternativo/sustituto. El cuidador alternativo/sustituto sabe cómo ponerse en contacto con los profesionales de la salud, los servicios de apoyo y los contactos de emergencia del residente. El cuidador alternativo/sustituto también está al tanto de la historia social, pasatiempos e intereses del residente. Si se trata de un cuidado alternativo, se proporcionó una copia de la información y el historial social del residente al cuidador alternativo.</p>	<p>Iniciales del proveedor de CFH regular: _____ Iniciales del cuidador alternativo/sustituto: _____</p>
--	--

DERECHOS DEL RESIDENTE

El proveedor de CFH regular leerá los Derechos del Residente con el cuidador alternativo/sustituto.

<p>El proveedor de CFH regular ha leído los Derechos del Residentes con el cuidador alternativo/sustituto. El cuidador alternativo/sustituto está consciente de estos derechos y acepta proteger y respetar los derechos de los residentes que viven en el hogar.</p>	<p>Iniciales del proveedor de CFH regular: _____ Iniciales del cuidador alternativo/sustituto: _____</p>
---	--

INVENTARIO DE PERTENENCIAS

El proveedor de CFH regular revisara el Inventario de Pertenencias del residente con el cuidador alternativo (no es necesario revisar con cuidador sustituto).

<p>El proveedor de CFH regular ha revisado la lista de las pertenencias personales del residente que el residente lleva a la casa del cuidador alternativo. Se proporcionó una copia de esta lista al cuidador alternativo. El cuidador alternativo está de acuerdo en que esos dichos artículos del residente o artículos comprados por el residente regresarán a la casa del proveedor regular de CFH.</p>	<p>Iniciales del proveedor de CFH regular: _____ Iniciales del cuidador alternativo/sustituto: _____</p>
--	--

ATENCIÓN Y CUIDADOS SEGÚN EL ACUERDO DE ADMISIÓN

El proveedor de CFH regular revisara el cuidado y atención según el Acuerdo De Admisión con el cuidador alternativo/sustituto.

El proveedor de CFH regular ha revisado el Acuerdo de Admisión del residente con respecto al cuidado y atención con cuidador alternativo/sustituto El cuidador alternativo/sustituto acepta cumplir con este acuerdo.	Iniciales del proveedor de CFH regular: _____ Iniciales del cuidador alternativo/sustituto: _____
---	--

EVALUACIÓN

El proveedor de CFH regular revisara la evaluación del residente con cuidador alternativo/sustituto.

El proveedor de CFH regular ha revisado la evaluación del residente con cuidador alternativo/sustituto. El cuidador alternativo/sustituto esta consiente de las fortalezas, debilidades, riesgos, y necesidades del residente, incluyendo necesidades médicas y de comportamiento. Si se trata de un cuidado alternativo, se proporcionó una copia de la evaluación del residente al cuidador alternativo	Iniciales del proveedor de CFH regular: _____ Iniciales del cuidador alternativo/sustituto: _____
---	--

PLAN DE SERVICIO

El proveedor de CFH regular revisara el Plan de Servicio del residente con cuidador alternativo/sustituto.

El proveedor de CFH regular ha revisado el Plan de Servicio del residente con cuidador alternativo/sustituto. El cuidador alternativo/sustituto esta consiente de la necesidad de supervisión y planes de manejo de conducta y comportamiento. El cuidador alternativo/sustituto se compromete a seguir el Plan De Servicio de cada residente. Si se trata de un cuidado alternativo, se proporcionó una copia del Plan de Servicio del residente al cuidador alternativo	Iniciales del proveedor de CFH regular: _____ Iniciales del cuidador alternativo/sustituto: _____
---	--

MEDICAMENTOS, TRATAMIENTOS, DIETAS ESPECIALES, Y ALERGIAS

El proveedor de CFH regular revisara necesidades de tratamiento y manejo de medicamento con el cuidador alternativo/sustituto.

El proveedor de CFH regular ha revisado las ordenes medicas del proveedor de salud profesional, incluyendo medicamentos recetados y de venta libre, tratamientos y dietas especiales. El proveedor de CFH regular informo al cuidador alternativo/sustituto las alergias del residente. El cuidador alternativo/sustituto ha sido proporcionado los medicamentos del residente y asuma responsabilidad del manejo de dichos medicamentos, incluyendo la reposición de recetas antes de que se agote el suministro, si corresponde.	Si lo siguiente ocurre, el cuidador alternativo/sustituto hará los siguientes reportes: <ul style="list-style-type: none"> • La dosis no se tomó u observo efectos secundarios: _____ • Una sobredosis ocurre: CONTROL DE VENENO: 1-800-222-1222
	El proveedor ha realizado un inventario de narcóticos antes de transferir medicamentos a un cuidador alternativo.
	Iniciales del proveedor de CFH regular: _____ Iniciales del cuidador alternativo/sustituto: _____

OTRO ENTRENAMIENTO PROPORCIONADO:

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CFH REGULAR

FECHA:

FIRMA DEL CUIDADOR ALTERNATIVO/SUSTITUTIO

FECHA: